

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Educación</p>	 <p>CIFP Rodríguez Fabrés</p>
SOLICITUD EXENCIÓN MÓDULO F.C.T.	PO-16.1-F1

ANEXO II

D/D^a _____ con DNI/NIE _____

Teléfono _____ correo electrónico _____

Domicilio _____

Población _____ Provincia _____ Código Postal _____

EXPONE:

1. Que se encuentra matriculado/a en el Centro educativo C.I.F.P. Rodríguez Fabrés de la localidad de Salamanca, Provincia de **Salamanca**, en el ciclo formativo de grado _____ denominado _____

2. Que acredita una experiencia laboral de:

SOLICITA:

A tal efecto presenta la siguiente documentación:

En el caso de trabajadores por cuenta ajena:

- Contrato de trabajo o certificación de la empresa donde haya adquirido la experiencia laboral en la que conste específicamente la duración de los periodos de prestación del contrato, la actividad desarrollada y el intervalo de tiempo en el que se ha desarrollado dicha actividad.
- Certificado de la Tesorería General de la Seguridad Social, del Instituto Social de la Marina o de la mutualidad laboral a la que estuviera afiliado el alumno, donde conste la empresa, la categoría laboral (grupo de cotización) y el periodo de contratación.

En el caso de trabajadores por cuenta propia:

- Declaración responsable del interesado que contemple la descripción de la actividad desarrollada y el intervalo de tiempo en el que ésta se ha realizado.
- Certificación de la Tesorería General de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina, de los periodos de alta en la Seguridad Social en el régimen especial correspondiente.

En el caso de trabajadores voluntarios o becarios:

- Certificación de la Organización donde se hay prestado la asistencia en la que consten, las actividades y funciones realizadas, en el año en que se han realizado y el número total de horas dedicadas a éstas. En el caso concreto de los voluntarios se hará en los términos de la Ley 6/1996, de 15 de enero, del voluntariado, y la Ley 8/2006, de 10 de octubre, del Voluntariado de Castilla y León.

_____ a ____ de _____ de _____

Firmado: _____

SR/ SRA. DIRECTOR DEL “CIFP RODRIGUEZ FABRÉS”

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la LO 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado. Le comunicamos que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Dirección General de Formación Profesional en la Avda. Monasterio de Nuestra Señora de Prado s/n, C.P. 47014, Valladolid.

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o para sugerencias de mejorara de este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa.